

問診票

*今日の体調、ご様子を教えてください。

感染症(はしか/風疹/みずぼうそう/おたふくかぜ)の

疑いのある場合は、受付にお声がけください。隔離室へご案内します。



ふりがな			
お名前	男・女		
体重	Kg	体温	℃

★どんな症状ですか？あてはまる症状に○をつけてください。

- 発熱 (いつから_____) ・ 咳
- 鼻水 ・ のどの痛み ・ 下痢 (1日__回 最後は__時頃)
- 頭痛 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 (1日__回 最後は__時頃)
- 湿疹 (部位_____) ・ 中耳炎
- 便秘 (最終排便_____頃)

その他 (_____)

★舌下免疫療法の継続処方希望 (シダキア・ミイキア)

★お薬について <必ずご記入ください>

- ・アレルギーまたは使えないお薬はありますか？
なし ・ あり (_____)
- ・お薬の希望
シロップ ・ 粉 ・ 錠剤
- ・解熱剤
不要 ・ 必要 (シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 座薬)
- ・お薬の回数
 2回内服希望あり (*保育園などで3回飲めない場合)

問診票

*今日の体調、ご様子を教えてください。

感染症(はしか/風疹/みずぼうそう/おたふくかぜ)の

疑いのある場合は、受付にお声がけください。隔離室へご案内します。



ふりがな			
お名前	男・女		
体重	Kg	体温	℃

★どんな症状ですか？あてはまる症状に○をつけてください。

- 発熱 (いつから_____) ・ 咳
- 鼻水 ・ のどの痛み ・ 下痢 (1日__回 最後は__時頃)
- 頭痛 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 (1日__回 最後は__時頃)
- 湿疹 (部位_____) ・ 中耳炎
- 便秘 (最終排便_____頃)

その他 (_____)

★舌下免疫療法の継続処方希望 (シダキア・ミイキア)

★お薬について <必ずご記入ください>

- ・アレルギーまたは使えないお薬はありますか？
なし ・ あり (_____)
- ・お薬の希望
シロップ ・ 粉 ・ 錠剤
- ・解熱剤
不要 ・ 必要 (シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 座薬)
- ・お薬の回数
 2回内服希望あり (*保育園などで3回飲めない場合)

キ
リ
ト
リ